



Regolamento del Sussidio Salus B Light CN

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Attuativo
dello Statuto della Società Mutua MBA Società di Mutuo Soccorso Cooperativa per Azioni

Edizione 2023



Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.



INDICE	PAGINA
SEZIONE 1.: DEFINIZIONI	4
SEZIONE 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO	10
SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
SEZIONE 4 - AREA OSPEDALIERA	21
SEZ. 4.1 – AREA OSPEDALIERA – RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	21
Modalità di erogazione delle prestazioni	21
A.I. RICOVERI ORDINARI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	22
A.II. SOTTOLIMITI PER ALCUNI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO IN CASO DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA INDIRETTA FUORI NETWORK	23
SEZ. 4.2 – AREA OSPEDALIERA – ALTRI EVENTI COMPRESI	24
SEZ. 4.3 AREA OSPEDALIERA – TRASPORTO SANITARIO	25
SEZ. 4.4 – AREA OSPEDALIERA – INDENNITA’	25
B.I. INDENNITA’ SOSTITUTIVA – in alternativa all’Indennità integrativa di cui al successivo punto B.II.	25
B.II. INDENNITA’ INTEGRATIVA – in alternativa all’Indennità Sostitutiva di cui al precedente punto B.I.	25
SEZIONE 5 - AREA SPECIALISTICA	26
Modalità di erogazione delle prestazioni	26
SEZ. 5.1 - AREA SPECIALISTICA – PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE	27
C. ALTA DIAGNOSTICA	27
C.1. DIAGNOSTICA ANIMALE DOMESTICO	28
D. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	28
SEZ. 5.2 - AREA SPECIALISTICA – CURE ODONTOIATRICHE	29
SEZIONE 6 - AREA PREVENZIONE	30
SEZ. 6.1 - AREA PREVENZIONE – PACCHETTO GRAVIDANZA	30
SEZ. 6.2 - AREA PREVENZIONE – CHECK UP PROSTATICO/MAMMARIO (TICKET SSN)	30
SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO	31
SEZ. 7.1 - AREA SOSTEGNO – SOSTEGNO ECONOMICO PER PERDITA ANNO SCOLASTICO (VALIDO SOLO IN CASO DI ADESIONE IN FORMULA NUCLEO)	31
SEZ. 7.2 - AREA SOSTEGNO – SOSTEGNO ECONOMICO PER PREMORIENZA DEL TITOLARE DEL SUSSIDIO (VALIDO SOLO IN CASO DI ADESIONE FORMULA NUCLEO)	32



SEZ. 7.3 - AREA SOSTEGNO - NON AUTOSUFFICIENZA (RISERVATO ESCLUSIVAMENTE ALL'ASSOCIATO TITOLARE DEL SUSSIDIO	32	3
E. RIMBORSO SPESE PER STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	32	



Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - Dir. Generale della programmazione sanitaria Ufficio II - Piano sanitario nazionale e Piani di settore. Certificata ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2015 - Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario. Iscritta nei registri per la Trasparenza del MISE e della Comunità Europea. Associata ad ANSI - Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare.



SEZIONE 1.: DEFINIZIONI

Aborto: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto Spontaneo: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

Animale domestico: animale di affezione (cane e gatto) di proprietà di uno dei componenti il Nucleo Familiare detenuto conformemente alle vigenti leggi e che non venga utilizzato a scopo di lucro. È richiesto che l'animale di affezione sia regolarmente iscritto all'Anagrafe canina e/o felina precedentemente alla data di adesione al sussidio sanitario.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessanta sei in caso di anno bisestile.

Assistenza Diretta/Autorizzazione Diretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con MBA e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute); in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di MBA alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Associato ove previste). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di MBA.

Assistenza Indiretta/Autorizzazione Indiretta: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio in base alla quale la Mutua MBA rimborsa le spese all'Associato dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta/Autorizzazione Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network (c.d. Assistenza Indiretta in Network/ Autorizzazione Indiretta in Network).

Assistenza infermieristica: attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Associato: persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono Associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto di Mutua MBA.



Attività professionale: qualsiasi attività non inerente alla vita privata (es. attività commerciali, artigianali, industriali, professionali) anche se non esercitate come attività principali.

Carenza: periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, MBA non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

Cartella Clinica: documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Associato accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

Mutua MBA si riserva di valutare eventuali variazioni postume alla Cartella Clinica, solo ove le stesse siano datate, predisposte e firmate dallo stesso pubblico ufficiale che l'ha formata e siano controfirmate dal Direttore Sanitario, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (<https://www.healthassistance.it>).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto del Sussidio sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

Centro Diagnostico: ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli Interventi Chirurgici ambulatoriali.

Chemioterapia oncologia: ciclo di terapia effettuata con l'ausilio di farmaci volta a curare le patologie di carattere oncologico.

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal Medico e presentati alla Mutua MBA in un'unica richiesta di Rimborso.



Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella Cartella Clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Cure termali: trattamenti effettuati in Centri/Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

Data evento: per i Ricoveri (ordinari o diurni) o Interventi chirurgici ambulatoriali si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio e presentate in un'unica richiesta, farà fede la data della prima prestazione eseguita per patologia/quesito diagnostico.

Data insorgenza patologia: la data in cui lo stato patologico si è manifestato (con sintomatologia interna oppure esterna all'organismo). Per la definizione di patologia pregressa ai sensi del presente Sussidio sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi. I ricoveri in regime di Day Hospital in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Day Surgery: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici. I ricoveri in regime di Day Surgery in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Decadenza: termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di MBA, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 120 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 120 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorso 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova



e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

Difetto Fisico: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento: il fatto (determinato da patologia o Infortunio) per il quale operano le prestazioni del presente Sussidio. In caso di Ricovero ordinario, e di trasferimento da una Struttura Sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), lo stesso si considererà "evento unico" allorquando avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi Rimborsi relativi a differenti prestazioni.

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante, nella versione di volta in volta vigente, del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai Rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa aggiornata è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: società convenzionata con la Centrale Salute impegnata nella sanità integrativa e nel welfare aziendale, promuovendo un corretto stile di vita e benessere e prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line. Per ulteriori informazioni si consulti il sito <https://www.healthpointitalia.com/>.

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato dalla MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia e/o dell'Infortunio (del parto e dell'aborto terapeutico ove previsti). L'indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse, ad eccezione delle prestazioni pre e post Ricovero che verranno rimborsate secondo le modalità ed i limiti specifici indicati nel sussidio.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da MBA per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti). L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze



traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

Infornuto odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica prestazione sul presente Sussidio, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biotipici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito in ambulatorio senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna). Gli interventi ambulatoriali in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzati alla erogazione di prestazioni sanitarie in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungo degenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Lesioni da sforzo/atto di forza: lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità, dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute (dell'organismo o di un suo organo dal punto di vista anatomico o funzionale) non dipendente da Infornuto.

Malattia oncologica: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto (comprese le leucemie e il morbo di Hodgkin).

Malformazione: qualunque alterazione morfologica o funzionale congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.



Manifestazione: momento in cui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

Medico: persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia l'Associato, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Associato o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

Mutua: la Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance Cooperativa per Azioni (ora innanzi anche **MBA**).

Patologia pregressa: qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico noto antecedente alla decorrenza dello stesso.

Pratica: l'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede Rimborso o Indennizzo nei termini del presente Sussidio.

Premorienza: Evento morte che avviene prima di quella di un'altra persona o prima di un dato termine.

Prestazione: servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per i quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso.

Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

Quote di spesa a carico dell'Associato: importi di spesa che rimangono a carico dell'Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Regolamento: il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nella Copertura Sanitaria.

Ricovero improprio: il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato.

Ricovero ordinario: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da Cartella Clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera. I Ricoveri Ordinari in struttura privata devono essere



preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua MBA e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Ricovero ordinario in emergenza: il ricovero di un Assistito nei soli casi di funzioni vitali gravemente compromesse.

Rimborso/Contributo di assistenza: la somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Sostegno/sub-Sostegno: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente Sussidio Sanitario.

Statuto e Regolamento Attuativo MBA: documentazione che regola il rapporto associativo con MBA e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell'Associato e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

Visita specialistica: la visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 2: NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

Art. 1 - Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie, a favore degli Associati in conseguenza di Infortunio, Malattia e Parto, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio. Il Sussidio prevede altresì prestazioni di natura preventiva a favore degli Associati.

Art. 2 - Persone Associate

È persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione a MBA richiedendo attivazione del Sussidio stesso. Il Sussidio può essere esteso ai familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le prestazioni previste dal presente Sussidio e con l'art. 9 del Regolamento Attuativo dello Statuto MBA.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Attuativo (art. 9 cit.), per



beneficiare delle prestazioni. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 4).

Per nucleo si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni di età, purché conviventi.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni, conviventi con il titolare del Sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

È equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Associato a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 - Limiti di età

Fermo restando in ogni caso gli specifici limiti previsti per i figli - così come indicati all'art. 2 nel caso di attivazione delle Estensioni ai componenti del Nucleo, l'adesione al presente sussidio sarà possibile per tutti gli Associati che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 66 anni di età.

L'adesione al presente sussidio prosegue anche superati i 66 anni a condizione che l'Assistito rinnovi, senza alcuna soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Assistiti con oltre 66 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al sussidio per tutto il nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del nucleo familiare abbia già compiuto 66 anni di età, l'adesione al presente sussidio sarà possibile:

- 1) nella formula "singolo": per il solo componente del nucleo familiare con meno di 66 anni;
- 2) nella formula "nucleo": per tutti i componenti del nucleo familiare con meno di 66 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

Art. 4 - Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione di componenti del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente a MBA, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione/affidamento prolungato (risultante dallo stato di famiglia) di un figlio;



- matrimonio;
- insorgere di convivenza;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Associati nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Associati, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Patologie Pregresse di cui all'art. 18 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di **1 anno** (uno) decorrenti dal giorno di cui all'art. 9. Al termine di ogni anno, in mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato tacitamente di anno in anno, con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come previsto da Statuto di MBA.

In ogni caso MBA, entro 60 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) decesso dell'Associato o di un suo familiare Associato;
- b) divorzio;
- c) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio;
- d) variazione delle condizioni contributive;
- e) iscrizione – per un familiare – ad una copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. b), c), d) ed e), il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Associato Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 6 – Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 9, MBA si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 11 del presente Regolamento.



Art. 7 - Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso, MBA si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 8 - Sussidio a favore di terzi

Se il presente Sussidio è stipulato a favore di terzi, gli obblighi che derivano dal Regolamento devono essere adempiuti dal titolare, richiedendo, ove necessario, la cooperazione delle persone garantite.

Art. 9 - Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il Sussidio decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuta la delibera di ammissione da parte di MBA oppure dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati.

Si precisa che in caso di infortunio la data di decorrenza è quella più favorevole all'Associato.

Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la prestazione resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Durante il periodo di sospensione non verrà erogata alcuna prestazione richiesta, anche se riferibile ad un momento pregresso rispetto al verificarsi dell'insolvenza.

Nel caso l'irregolarità contributiva superi i 180 gg, il socio decade dalla propria qualifica perdendo ogni diritto.

Per ulteriori dettagli si rimanda al Regolamento Attuativo dello Statuto di MBA (cfr. art. 23).

Art. 10 - Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti al rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente Sussidio sanitario avverranno nelle modalità indicate e accettate, sottoscrivendo la domanda di adesione, oltre che specificate all'interno del Regolamento Attuativo dello Statuto.

Art. 11 - Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato ed MBA, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima di ricorrere ad un



procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione, come previsto dall'Art. 46 dello Statuto di MBA. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

Art. 12 – Sostegni

Tutti i Sostegni menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-Sostegni relativi a specifiche prestazioni, sono da intendersi per anno di validità del Sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Inoltre, ogni Sostegno o sub-Sostegno indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Tutti i Sostegni e sub-Sostegni previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con MBA più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o indennizzo) tra le prestazioni riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Sussidio Sanitario che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

Art. 14 – Limiti territoriali

Le prestazioni, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole prestazioni. Nel caso di spese effettuate all'estero, i Rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della BCE.

Art. 15 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, MBA, in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio produca a MBA documentazione attestante il rifiuto di rimborso da parte del terzo responsabile ovvero dalla compagnia assicurativa di quest'ultimo;
- integrare la liquidazione, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, delle spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora il socio produca a MBA documentazione attestante la corresponsione di una indennità da parte del terzo responsabile o della compagnia assicurativa di quest'ultimo in una misura inferiore a quella derivante dall'applicazione dei limiti previsti per la specifica prestazione invocabile nel caso concreto in base al presente Regolamento.



Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 19 del presente Regolamento.

15

Art. 16 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della Mutua MBA, il Regolamento Attuativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

SEZIONE 3: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON ESPRESSAMENTE DEROGATO)

Art. 17 – Carenze

Fermo quanto previsto all'Art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza del Sussidio, le prestazioni hanno effetto (giorno di effetto):

- per gli Infortuni dalle ore 24:00 del **giorno di decorrenza** del Sussidio;
- per le Malattie e le conseguenze di Malattie, dal **30° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio;
- per il Parto, dal **270° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del Sussidio;
- per le Malattie dipendenti da gravidanza, decorrono dal **30° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del sussidio stesso;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla stipulazione del Sussidio, dal **180° giorno** successivo a quello di **decorrenza** del sussidio.

Qualora il presente Sussidio sia stato sottoscritto in sostituzione, senza soluzione di continuità, ovvero senza alcuna interruzione con precedente Sussidio già in essere con un Ente/Soggetto convenzionato con MBA (mediante specifica Convenzione) e riguardante gli stessi associati, gli anzidetti termini si intendono azzerati.

Art. 18 – Patologie Pregresse

Tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di attivazione dello stesso si intendono espressamente escluse.

Altresì si intenderanno escluse tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di malattie o stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di decorrenza del presente Sussidio. Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del sussidio.



Si precisa che, anche nel caso in cui l'Associato Titolare aderisca al presente Sussidio senza soluzione di continuità rispetto ad altro sussidio messo a disposizione da parte di MBA, anche tramite un Ente/Soggetto convenzionato con MBA (mediante specifica Convenzione), le patologie "Pregresse" come sopra specificate, saranno comunque incluse decorsi 3 anni ininterrotti di adesione al presente Sussidio.

È altresì escluso il diritto alle prestazioni di cui al presente Sussidio qualora l'Associato, al momento della richiesta di prestazione o successivamente, abbia omesso di dichiarare o abbia fornito dichiarazioni imprecise o mendaci in merito alla sussistenza di patologie, infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione o della richiesta di rimborso o inerenti i presupposti per ottenere la prestazione.

Art. 19 - Esclusioni

Sono escluse dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche prestazioni):

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio;
- f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, ed in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- h. l'asportazione di neoformazioni epiteliali la cui malignità non sia accertata da esame istologico;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;



- j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- m. le prestazioni erogate da Medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- n. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- o. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- p. il parto naturale o cesareo;
- q. l'aborto volontario non terapeutico;
- r. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- s. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- t. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono comprese nel sussidio quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- u. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- v. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- w. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- x. gli Infortuni conseguenti alla pratica di:
 - sport aerei in genere (volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, ecc.);
 - sport estremi (alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. o in solitaria, arti marziali miste, bmx, cayoning, deep water Soloing, downhill, freefly, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressive, rafting, rugby subacqueo, sandboarding,



- sci di velocità, skimboarding, slackline, speleologia, snowkiting, snowboard cross, streetluge, tricking (arte marziale), tuta alare, wakeboard, ecc.);
- attività ludiche pericolose (pugilato, lotta, arti marziali in genere, atletica pesante, discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, bungee jumping, bob, skeleton, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, motonautica, navigazione in mare in solitaria);
 - gare motoristiche e/o motonautiche;
 - sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.
- y. gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- z. gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- aa. gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- bb. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- cc. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- dd. le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- ee. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- ff. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- gg. spese per il trasporto del plasma;
- hh. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio

La richiesta di accesso alle prestazioni deve essere presentata nel rispetto delle tempistiche, delle Modalità operative e corredata da tutta la documentazione indicata nei Sussidi Sanitari e nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione del Socio.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi si rimanda alla Guida



Operativa aggiornata che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di MBA www.mbamutua.org oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di MBA o il proprio promotore di riferimento.

MBA si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.mbamutua.org.

In particolare, è necessario prendere attenta visione della procedura relativa alle richieste di ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali.

Per queste tipologie di prestazioni è necessario, infatti, procedere ad una preventiva "Richiesta di nulla osta alle prestazioni" sia per quelle in forma diretta che per quelle a rimborso.

Il socio dovrà mettersi in contatto preventivamente con la Centrale Salute che prenderà in carico la richiesta e ne valuterà le migliori condizioni e le relative modalità di erogazione.

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla:

- presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato;
- presentazione della Deliberazione dell'Azienda Ospedaliera di appartenenza dei Professionisti (secondo le normative regionali vigenti in materia di libera professione ALPI) contenente l'autorizzazione all'esecuzione delle prestazioni richieste unitamente alle tariffe autorizzate da medesima azienda ospedaliera.

Art. 21 – Documentazione per la presentazione delle richieste.

MBA stabilisce nel rispetto dello Statuto la documentazione da produrre in modo completo a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio si impegna a fornire a MBA la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. Il Socio rilascia preventiva e specifica autorizzazione a MBA a richiedere tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che MBA potrà richiedere in ogni momento (sia prima del Rimborso sia a Rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

Art. 22 – Tempi di presentazione delle richieste.

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di MBA, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 120 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione

presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a MBA o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dall'evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Associato dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

L'Associato è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da MBA per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessario, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 23 - Tempi di Rimborso

○ **Prestazioni effettuate in Autorizzazione Diretta/Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con la Centrale Salute.**

Le spese relative alla prestazione erogata in Autorizzazione Diretta/Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network verranno corrisposte da MBA direttamente alle Strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla Struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

○ **Prestazioni effettuate in Autorizzazione Indiretta/Assistenza Indiretta**

MBA provvederà alla lavorazione delle richieste e al Rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Associato.

A tal proposito si rammenta che la Centrale Salute non sarà tenuta alla verifica che la documentazione mancante si trovi in altre richieste precedentemente inviate dall'Associato. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.



SEZIONE 4 - AREA OSPEDALIERA

SOSTEGNO ANNUO

Il Sostegno riconosciuto per il complesso degli eventi e prestazioni indicati nella presente Sezione 4- AREA OSPEDALIERA, è pari a € 50.000,00 per Anno/Nucleo.

SEZ. 4.1 - AREA OSPEDALIERA - RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assistito che necessita di una prestazione ricompresa nell'Area Ospedaliera - Ricovero con e senza intervento e altre prestazioni ospedaliere, a causa di eventi compresi nei termini del presente Sussidio, presenta alla Centrale Salute una *richiesta di nulla osta* esponendo le motivazioni della richiesta. Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio.

In linea generale, al fine di fornire la migliore Assistenza in caso di prestazioni rientranti nella presente sezione e da fruirsi presso Struttura Privata, il Socio dovrà preventivamente contattare la Centrale Salute al numero verde dedicato fornendo le necessarie indicazioni in modo che possa essere presa in carico la Sua richiesta. La Centrale Salute concorderà con il Socio le relative modalità di erogazione e di Assistenza.

Mutua MBA e/o Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche concede:

- l'autorizzazione all'accesso dell'Assistito presso una struttura convenzionata concordata con la Centrale Salute, provvedendo alla liquidazione diretta alla Struttura e ai Professionisti /Personale Convenzionati delle spese relative ai servizi erogati, senza applicazione di alcuna quota a carico dell'Assistito (**Autorizzazione all'Assistenza Diretta**);
- l'autorizzazione all'accesso dell'Assistito presso una struttura convenzionata non concordata con la Centrale Salute, provvedendo al rimborso delle spese dietro presentazione della documentazione medica e di spesa, escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste (**Autorizzazione all'Assistenza Indiretta in Network**);
- l'autorizzazione all'accesso dell'Assistito presso una struttura non convenzionata non concordata con la Centrale Salute, provvedendo al rimborso delle spese dietro presentazione della documentazione medica e di spesa, escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste (**Autorizzazione Indiretta fuori Network**).

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico del socio la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'Azienda Ospedaliera e, solo nel caso di mancata pubblicazione della medesima così come previsto dalle norme di legge e nei termini di cui



alla Guida Operativa, allora la prestazione non verrà riconosciuta. Per le prestazioni Intramoenia anche allargata non è in ogni caso prevista la modalità di Assistenza diretta e verranno applicate le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in assistenza indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.

In caso di ricovero in emergenza in strutture a pagamento si deroga alla richiesta di preventiva autorizzazione, fermo restando la notifica dell'evento entro tre giorni dal suo verificarsi.

Se l'Assistito necessita di una prestazione specialistica prima e dopo il Ricovero, a causa di eventi compresi nei termini del presente Sussidio e secondo quanto previsto nella presente **SEZIONE 5 – AREA OSPEDALIERA**, presenta alla Centrale Salute una richiesta di Presa in Carico (PIC) esponendo le motivazioni della richiesta. Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio.

Mutua MBA non rimborsa alcuna prestazione relativa all'area ospedaliera, effettuata dall'Associato sia presso una struttura convenzionata che non convenzionata, per la quale non sia stato rilasciato *nulla osta* dalla Centrale Salute.

A.I. RICOVERI ORDINARI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

La Mutua MBA in caso di Ricovero ordinario, con o senza Intervento Chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino garantiti nei termini del presente Regolamento, sostiene l'Associato per le spese inerenti al Ricovero od all'Intervento Chirurgico:

A) nei 90 giorni precedenti il Ricovero e nei limiti del sub sostegno per ricovero di € 1.200 (da intendersi unico anche per le spese di cui alla lettera C):

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

B) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza, al 100% in caso di struttura sanitaria convenzionata e fino ad un sub-sostegno di € 250,00 al giorno in caso di struttura non convenzionata (tale sub- sostegno si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nei reparti di terapia intensiva);
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore (con un sub- sostegno di € 50,00 al giorno per un massimo di 20 giorni annui).

C) nei 90 giorni successivi al Ricovero e nei limiti del sub sostegno per ricovero di € 1.200 (da intendersi unico anche per le spese di cui alla lettera A):

- esami diagnostici e visite specialistiche;



- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, nei limiti di € 180,00 per ricovero;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica), nei limiti di € 125,00 per ricovero;
- cure termali (escluse le spese alberghiere);
- assistenza infermieristica a domicilio (solo a seguito di Intervento chirurgico) sino ad un massimo di € 26,00 al giorno per un massimo di 40 giorni annui.

A fronte delle prestazioni di cui alla lett. B) del presente articolo, l'Associato:

1. non sostiene **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate in **Autorizzazione all'Assistenza Diretta**;
2. riceve un rimborso delle spese con una quota a suo carico pari al 10%, in caso di prestazioni effettuate in **Autorizzazione all'Assistenza Indiretta in Network**;
3. riceve un rimborso delle spese con una quota a suo carico pari al 20%, in caso di prestazioni effettuate in **Autorizzazione Indiretta fuori Network**;

Nel caso in cui, infine, le prestazioni di cui lettera B) vengano effettuate in strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket del S.S.N. verranno rimborsati senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Associato

Fermo restando quanto sopra e solo con riferimento alle **spese pre e post ricovero di cui alle lettere A) e C) del presente articolo**, nel caso vengano effettuate in forma diretta o indiretta presso Centri Convenzionati con la Centrale Salute, non si applicherà nessuna Quota a carico dell'Associato. Analogamente, MBA rimborserà integralmente i ticket sanitari, in caso di spese pre e post ricovero sostenute presso il S.S.N..

Qualora, invece, le stesse di cui alle lettere A) e C) vengano effettuate presso Centri Non Convenzionati con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Associato saranno rimborsate con una Quota a suo carico del 10%,

A.II. SOTTOLIMITI PER ALCUNI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO IN CASO DI AUTORIZZAZIONE IN FORMA INDIRETTA FUORI NETWORK

In caso di Ricovero ordinario per i seguenti Interventi Chirurgici e solo nel caso di Autorizzazione Indiretta fuori Network

- **Appendicectomia;**
- **Interventi al naso (casi di conseguenza diretta di Malattia);**
- **Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale);**
- **Colecistectomia;**
- **Meniscectomia;**
- **Legamenti crociati;**



la Mutua MBA provvederà a rimborsare le medesime prestazioni di cui alle lettere A, B e C di cui al precedente punto A.I., entro il limite annuo di **rimborso omnicomprensivo di € 4.000,00 per tipologia di intervento** (fermo restando le eventuali limitazioni e condizioni di rimborso previsti al precedente punto).

Si precisa che, nel caso l'intervento chirurgico di cui all'elenco del presente punto, venga effettuato ambulatorialmente o in Day Surgery, le condizioni di rimborso saranno quelle previste alla successiva sezione 4.2. Altri Eventi Compresi

SEZ. 4.2 - AREA OSPEDALIERA - ALTRI EVENTI COMPRESI

Sono altresì incluse le seguenti prestazioni o Interventi chirurgici, senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Associato, nei limiti dei sub-sostegni omnicomprensivi applicati sia in caso di prestazioni effettuate presso Centri Convenzionati che non Convenzionati e sia tramite il S.S.N:

- 1) **PARTO NATURALE**, fino ad un sub-sostegno complessivo per annualità di **€2.000,00** (è da intendersi escluso il Rimborso delle spese di cui alla precedente sezione 4.1. lettere A) e C);
- 2) **PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO**, fino ad un sub-sostegno complessivo per annualità di **€2.500,00** (è escluso il Rimborso delle spese di cui alla precedente sezione 4.1. lettere A) e C);
- 3) **PRESTAZIONI PER LA CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI** fino ad un sostegno massimo per annualità di **€ 1.500,00**, da intendersi ricompreso nel sub-sostegno annuo del parto naturale o del parto cesareo;
- 4) **DAY HOSPITAL/DAY SURGERY**, fino ad un sub sostegno omnicomprensivo per annualità di **€ 4.000,00** (ivi comprese le spese di cui alla precedente sezione 4.1. lettere A) e C) con i relativi sub sostegni);
- 5) **INTERVENTI AMBULATORIALI** fino ad un limite omnicomprensivo di **€ 1.500,00** per annualità (ivi comprese le spese di cui alla precedente sezione 4.1. lettere A) e C) con i relativi sub sostegni e fermo restando il sub-sostegno complessivo di **€ 1.500,00**);
- 6) **PRESTAZIONI PER CHIRURGIA REFRAATTIVA ED I TRATTAMENTI CON LASER ECCIMERI**, con un sub-sostegno omnicomprensivo di **€ 1.000,00** per occhio per annualità, limitatamente a quelli effettuati in caso di anisometropia superiore a tre diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a tre diottrie per ciascun occhio (ivi comprese le spese di cui alla precedente sezione 4.1. lettere A) e C) con i relativi sub sostegni e fermo restando il sub-sostegno complessivo di **€ 1.000,00 per occhio**).

Per le prestazioni/interventi di cui alla presente sezione, non si intende necessario il ricorso alla procedura di *nulla osta* di cui alla sezione 4.1.

Per le spese rimborsabili, si fa riferimento a quanto indicato ai punti A), B) e C) di cui all'art. A.I. della sezione 4.1.



SEZ. 4.3 AREA OSPEDALIERA - TRASPORTO SANITARIO

La Mutua MBA, in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Associato per il trasporto sanitario effettuato con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, a e da un Istituto di Cura ad un altro, sino ad un sostegno massimo annuo di €1.100,00 per il trasporto in Italia, elevato a € 2.000,00 per il trasporto all'estero.

Le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite qualora in caso di dimissioni volontarie dell'Associato, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

SEZ. 4.4 - AREA OSPEDALIERA - INDENNITA'

B.I. INDENNITA' SOSTITUTIVA - in alternativa all'Indennità integrativa di cui al successivo punto B.II.

Nel caso in cui l'Associato non richieda alcun Rimborso a seguito di **Prestazioni Ospedaliere** per Ricovero ordinario/Day Hospital/Day Surgery di cui ai precedenti punti effettuate presso Strutture del SSN o con esso accreditate, può richiedere a MBA la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio o del Parto/Aborto Terapeutico.

L'Indennità sarà pari ad **€ 120,00 al giorno** per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento ovvero per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital e Day Surgery, sino ad un massimo di **90** giorni complessivi per annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità Sostitutiva, si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero e, eventualmente, sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

B.II. INDENNITA' INTEGRATIVA - in alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente punto B.I.

Nel caso in cui l'Associato non richieda alcun Rimborso a seguito di **Prestazioni Ospedaliere** per Ricovero ordinario/Day Hospital/Day Surgery di cui ai precedenti punti effettuate presso Strutture del SSN o con esso accreditate, può richiedere a MBA la corresponsione dell'Indennità Integrativa giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio o del Parto/Aborto Terapeutico.

L'Indennità sarà pari ad **€ 60,00 al giorno** per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento ovvero per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital e Day Surgery, sino ad un massimo di **45** giorni complessivi per annualità.



Qualora l'Associato richieda la presente Indennità integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese di cui alle lettere A) e C) come indicate alla sezione 4.1. eventualmente sostenute e riferibili al medesimo Ricovero/Day Hospital/Day Surgery, fermi gli eventuali sub limiti indicati nel medesimo articolo. Il rimborso delle suddette prestazioni si intende valido anche per gli eventi indicati alla sezione 4.2, fermo in ogni caso restando l'applicazione dei sub sostegni indicati nella medesima sezione.

Il rimborso delle prestazioni di cui alle citate lettere A) e C), avverrà nella seguente modalità:

- Senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato, in caso di Assistenza diretta o indiretta presso Centro Convenzionato con la Centrale Salute.
- Con applicazione di una quota di spesa a carico del 10%, in caso di Assistenza Indiretta presso Centro Non Convenzionato con la Centrale Salute.
- Senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato, in caso ricorso al SSN (ticket SSN).

SEZIONE 5 - AREA SPECIALISTICA

Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assistito che necessita di una prestazione ricompresa nell'Area Specialistica, a causa di eventi compresi nei termini del presente Sussidio, presenta alla Centrale Salute una *richiesta di Presa in Carico (PIC)* esponendo le motivazioni della richiesta. Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio.

Mutua MBA e/o Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche concede l'Autorizzazione all'accesso dell'Assistito alla prestazione in forma diretta presso la Struttura/Professionista Convenzionato, provvedendo alla liquidazione diretta alla Struttura/Professionista Convenzionato delle spese relative ai servizi erogati (**Assistenza Diretta**);

È data facoltà all'Assistito di accedere senza la preventiva autorizzazione rilasciata dalla Centrale Salute:

- presso una Struttura convenzionata presentando il Modulo di Accesso al Network indiretto alla Struttura/Professionista Convenzionato per il proprio riconoscimento (**Assistenza Indiretta in Network**);
- presso una Struttura non convenzionata con in Network (**Assistenza Indiretta fuori Network**).



SEZ. 5.1 - AREA SPECIALISTICA - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

C. ALTA DIAGNOSTICA

Mutua MBA, nei limiti del **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 3.500,00**, sostiene l'Associato per le spese relative alle seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica.

Alta Diagnostica

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Esofagogastroduodenoscopia
- Elettroencefalogramma
- Mammografia
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo.

Sono **escluse**:

- le prestazioni non espressamente indicate nell'elenco;
- i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

L'Assistito:

1. sostiene una spesa a suo carico pari al **10%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 30,00** per ogni accertamento, in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network**;
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
3. riceve un rimborso delle spese con una quota di spesa a suo carico pari al **20%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 60,00** per ogni accertamento, in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Indiretta fuori Network**.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate



fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato – saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, Mutua MBA provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Iscritto previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

C.1. DIAGNOSTICA ANIMALE DOMESTICO

L'Associato potrà scegliere di utilizzare un importo massimo annuo di **€ 100,00** (rientrante nel sostegno di cui al punto precedente C. ALTA DIAGNOSTICA.), per richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche in favore dell'Animale domestico facente parte del proprio Nucleo Familiare: *radiografie, ecografie, endoscopia, Tomografia computerizzata, risonanza magnetica, elettrocardiografia.*

Le spese di cui sopra saranno rimborsate dalla MBA senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato.

Sono in ogni caso escluse dal Rimborso le visite specialistiche di qualsiasi natura in favore dell'Animale domestico.

D. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Mutua MBA, nei limiti del **Sostegno anno/nucleo** pari ad **€ 2.000,00**, sostiene l'Associato per le spese per Visite Mediche Specialistiche e Accertamenti Diagnostici (ad esclusione di quelli previsti al punto C. "ALTA DIAGNOSTICA").

L'Assistito:

1. sostiene una spesa a suo carico pari al **10%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 30,00** per ogni prestazione in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network**;
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
3. riceve un rimborso delle spese con una quota di spesa a suo carico pari al **20%** con minimo non rimborsabile pari a **€ 60,00** per ogni prestazione, in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Indiretta fuori Network**.

Sono escluse dal Rimborso le visite e gli accertamenti diagnostici con finalità dietologiche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché i controlli di routine.



Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato – saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, Mutua MBA provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Iscritto previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZ. 5.2 - AREA SPECIALISTICA - CURE ODONTOIATRICHE

Mutua MBA, nel limite del **Sostegno anno/nucleo** pari a **€ 150,00**, sostiene l'Associato per le spese relative a **cure odontoiatriche**.

L'Assistito:

1. sostiene una spesa a suo carico pari al **10%** in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Diretta e Assistenza Indiretta in Network**;
2. riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**;
3. riceve un rimborso delle spese con una quota di spesa a suo carico pari al **20%** in caso di prestazioni effettuate in **Assistenza Indiretta fuori Network**.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dall'odontoiatra, dal quale risultino i denti curati/da curare e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento per la conclusione della cura.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a MBA il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra MBA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato – saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso.



SEZIONE 6 - AREA PREVENZIONE

30

SEZ. 6.1 - AREA PREVENZIONE - PACCHETTO GRAVIDANZA

La Mutua riconosce il Rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'Associato nel periodo di gravidanza (ferme restando quanto previsto all'art. 17 Sez. 3) per visite di controllo, ecografie, monitoraggio dello sviluppo del feto, analisi di laboratorio, translucenza nucale e qualsiasi tipo di accertamento relativo allo stato di gravidanza e di salute della mamma **sino ad un massimo annuo di € 150,00 per Nucleo Familiare e senza Quote di spesa a carico dell'Associato**, sia se effettuate presso strutture convenzionate che non convenzionate e anche se effettuate presso il SSN.

SEZ. 6.2 - AREA PREVENZIONE - CHECK UP PROSTATICO/MAMMARIO (TICKET SSN)

La Mutua MBA rimborserà le spese effettuate presso strutture del SSN sostenute dall'Associato per i **ticket sanitari** relativi alle prestazioni a scopo di prevenzione indicate ai punti 1) e 2) che seguono.

MBA provvede al rimborso delle spese per i suddetti ticket SSN entro il **Massimale annuo per Nucleo Familiare di € 100,00 e con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Assistito di € 20,00 per ogni evento.**

1) Check Up Prostatico:

- Emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der.F.L.);
- Velocità di sedimentazione delle emazie;
- Glicemia;
- Azotemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo HDL e LDL;
- Colesterolo totale o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Antigene prostatico specifico (PSA);
- Ecografia prostatica e vescicale sovra pubica.

2) Check up Mammario:

- Emocrocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.);
- Velocità di sedimentazione delle emazie;
- Glicemia;
- Azotemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo HDL e LDL;



- Colesterolo totale o colesterolemia;
- Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT);
- Urine, esame chimico e microscopico completo;
- Citologia per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale – più striscio batteriologico vaginale;
- Mammografia bilaterale.

SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO

SEZ. 7.1 - AREA SOSTEGNO – SOSTEGNO ECONOMICO PER PERDITA ANNO SCOLASTICO (VALIDO SOLO IN CASO DI ADESIONE IN FORMULA NUCLEO)

MBA riconosce all'Associato un importo pari ad **€ 1.000,00** a titolo di sostegno economico, qualora il figlio facente parte del Nucleo Familiare in copertura, abbia perso un anno scolastico in ragione di un Intervento chirurgico, a seguito di Malattia e/o Infortunio, occorso durante la validità del presente sussidio e rimborsabile ai sensi dello stesso.

Il Sostegno Economico sarà riconosciuto a condizione che:

1. Il figlio risulti regolarmente iscritto in una scuola primaria, secondaria di primo grado o secondaria di secondo grado, pubblica o privata e legalmente riconosciuta;
2. l'impossibilità a frequentare la scuola sia stata diretta conseguenza di un Intervento chirurgico – a seguito di Infortunio o Malattia- che abbia comportato una degenza non inferiore a quindici (15) giorni;
3. l'impossibilità a frequentare la scuola, quale conseguenza diretta dell'Evento di cui al precedente punto 2), si sia protratta per un periodo di tempo non inferiore a 60 giorni consecutivi, in ragione del Ricovero e/o della Convalescenza comprovata da documentazione e prescrizione medica;

Il pagamento del sostegno è subordinato alla presentazione di una dichiarazione da parte dell'Istituto scolastico, accompagnata da certificazione medica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia imputabile alla perdurante assenza a seguito del Ricovero e della Convalescenza.

L'erogazione del Sostegno Economico potrà essere richiesta, per una sola volta per tutta la durata di validità del presente sussidio.

Per richiedere il Sostegno Economico, l'Associato dovrà compilare ed inviare alla Centrale Salute, unitamente alla documentazione su indicata, anche l'apposito modulo di richiesta (scaricabile nell'area riservata di MBA).



SEZ. 7.2 - AREA SOSTEGNO – SOSTEGNO ECONOMICO PER PREMORIANZA DEL TITOLARE DEL SUSSIDIO (VALIDO SOLO IN CASO DI ADESIONE FORMULA NUCLEO)

In caso di Premorienza dell'Associato titolare del sussidio, la Mutua MBA riconosce il versamento in favore dei superstiti, facenti parte del Nucleo Familiare, di un contributo economico pari ad € **1.000,00**.

Per superstiti si intendono il coniuge (o in alternativa il convivente more uxorio) ed i figli. In mancanza di una di queste figure, il contributo spetta ai genitori e ai fratelli e sorelle, solo se conviventi e a carico del defunto.

Il sostegno economico è riconosciuto anche nel caso di assenza o morte presunta debitamente certificata tramite dichiarazione emessa dal Tribunale competente.

In caso di premorienza, i superstiti, al fine di ottenere il versamento del sostegno di cui sopra, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- modulo di richiesta (scaricabile nell'area riservata di MBA)
- copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del titolare del sussidio o dichiarazione di morte presunta e/o dichiarazione di assenza;
- dichiarazione sostitutiva del superstita ex art. 47 DPR 445/2000 (attestante la qualifica di superstita come sopra definito).

SEZ. 7.3 - AREA SOSTEGNO – NON AUTOSUFFICIENZA (RISERVATO ESCLUSIVAMENTE ALL'ASSOCIATO TITOLARE DEL SUSSIDIO)

E. RIMBORSO SPESE PER STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La presente prestazione si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Sussidio, di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Associato Titolare del Sussidio, derivanti sia da Infortunio che da Malattia, anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

La presente prestazione non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio; ossia accertato lo stato di non autosufficienza non sono attivabili altre prestazioni del presente Sussidio, riconducibili allo stato di non autosufficienza stessa.

E.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in stato di non autosufficienza l'Associato che, a causa di una Malattia o di Infortunio si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello



svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana –ADL (Activities of Daily Living), nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

- **lavarsi (farsi il bagno o la doccia);**
- **vestirsi e svestirsi;**
- **igiene personale;**
- **mobilità;**
- **continenza;**
- **alimentazione (bere e mangiare).**

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio all'art. E.5. - *Elenco dei punteggi per la determinazione del grado di non autosufficienza*, ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, Mutua MBA accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti.

K.2. Accertamento dello stato di non autosufficienza

Il Comitato Medico – Legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

In particolare, dovrà essere comunicata a Mutua MBA la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua MBA o richiedibile alla Centrale Salute);
- Diagnosi e/o patologia (certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi – scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua MBA o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che Mutua MBA ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.



Mutua MBA avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Associato la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Associato dovrà essere immediatamente comunicato a Mutua MBA (dai familiari conviventi dell'Associato). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a Mutua MBA.

Mutua MBA, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, a controlli presso il beneficiario e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

In caso di rifiuto da parte dell'Associato a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta del controllo o della documentazione da parte di Mutua MBA.

L'Associato deve fornire tutte le informazioni necessarie relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

Mutua MBA ha facoltà di richiedere, con cadenza annuale, certificazione di permanenza in vita del beneficiario.

K.3. Rimborso delle spese sanitarie e assistenziali

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia presso Centri Convenzionati (sia nella Forma Diretta che Indiretta), sia presso Centri non Convenzionati e sia presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro Sussidio attivato per il tramite di Mutua MBA), nel limite di **€ 150,00** al mese.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da Mutua MBA, permanendo lo stato di non autosufficienza, per un periodo **massimo di 12** mesi successivi al giorno di validazione dello stato di non autosufficienza, fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di socio.



Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto E.3., l'Associato dovrà fornire a Mutua MBA la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

E.4. Modalità di attivazione prestazione in forma diretta

Fermo restando quanto sopra, Mutua MBA mette a disposizione degli Associati un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dall'art. E.3.

L'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio la prestazione di Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario).

Pertanto, qualora l'Associato decida di avvalersi di una Struttura e/o professionista Convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, Mutua MBA procederà a rimborsare direttamente alla Struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

In nessun caso, la Struttura Sanitaria e/o il professionista Convenzionato/a, potrà promuovere a qualsiasi titolo azione di rivalsa nei confronti dell'Associato, salvo che per i crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il limite dei rimborsi previsti o per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

E.5. Elenco dei punteggi per la determinazione del grado di non autosufficienza

Lavarsi

1° grado

l'Associato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado



l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

Igiene personale

1° grado

l'Associato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:

punteggio 10

Mobilità

1° grado

l'Associato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

Continenza

1° grado



l'Associato è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

l'Associato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado

l'Associato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Associato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

l'Associato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:

punteggio 10

Tutte le informazioni necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché la gestione dei relativi rimborsi sono indicate nella Guida Operativa della Mutua MBA e della Centrale Salute consultabili nell'Area Riservata del portale di Mutua MBA

